

## **РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ, ЛЕЧЕБНЫХ И МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ**

*Плиш А.В.<sup>1</sup>, Бейнер Т.В.<sup>2</sup>, Алейников С.И.<sup>1</sup>, Купцевич Н.В.<sup>4</sup>,  
Шапиро Т.А.<sup>5</sup>*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»<sup>1</sup>*

*Витебские городские поликлиники №1<sup>2</sup>, №3<sup>3</sup>, №3<sup>4</sup>, №4<sup>5</sup>*

Современный уровень развития стационарозамещающих технологий (СЗТ) позволяет достигать положительных результатов в ситуациях, которые ранее были осуществимы только в условиях стационара с круглосуточным пребыванием. Однако, на практике встречаются случаи, когда эффективность реализованных медицинских технологий (МТ) по той или иной причине снижается. Это может происходить за счет ошибок, допущенных врачом при определении лечебно-диагностической тактики (необоснованная госпитализация больного в дневной стационар (ДС)), за счет медико-организационных упущений (невыполнение лечебно-

реабилитационных мероприятий (JPM)), за счет не корректного поведения пациента (не выполнение назначений врача) и т.д. Многочисленность причин, снижающих результативность СЗТ, определяет необходимость углубленного многофакторного анализа всех компонентов лечебно-диагностического процесса, его клинического, лабораторного, инструментального, функционально-диагностического, медикаментозного, немедикаментозного, реабилитационного, организационно-методического, а также сервисного обеспечения.

Цель. Выявление резервов повышения результативности лечебно-диагностических, лечебно-реабилитационных и организационно-методических мероприятий в условиях дневных стационаров амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения.

Методы и средства. На основе методологии системного анализа, посредством междисциплинарного подхода и с помощью современных социологических, социально-гигиенических и математико-статистических методов осуществлено углубленное исследование реализованных стационарозамещающих технологий. Предметом исследования явились медицинские и организационные технологии, а также динамика состояния здоровья пациентов от начала госпитализации до выписки из дневного стационара.

Сбор информации осуществлялся в ДС с помощью специально разработанной «Программы исследования деятельности ДС», состоящей из двух частей: «Оценка качества оказания медицинских услуг в условиях ДС» и «Аудиторская экспертная оценка качества и эффективности СЗТ». Изучено 700 случаев реализации конкретных СЗТ. В итоге собрано 1400 носителей информации, в виде набора факторов и показателей. На этой основе создана информационная модель изучения СЗТ, представляющая собой электронную базу данных, объемом 17,3 мегабайт, содержащую более 185000 исходных символов. Проведена математико-статистическая обработка данных с проверкой более 100 научных гипотез.

Результаты. В настоящем исследовании определение результативности применяемых МТ проводилось экспертным путем и базировалось на их медико-организационном мониторинге, т.е. на непрерывном динамическом наблюдении за процессом реализации стационарозамещающих технологий в условиях дневных стационаров, их кадровом, финансовом, материально-техническом и медико-организационном сопровождении и на анализе получаемой информации.

Результативность диагностических, лечебных, реабилитационных и организационно методических мероприятий, проведенных в ДС, анализировалась по степени достижения конечного результата, с учетом критериев качества, адекватности и результативности медицинской помощи, а также по повышению уровня качества медицинских услуг. Оценка проводилась по трехуровневой шкале, имеющей следующие градации: «предполагаемый результат достигнут полностью», «предполагаемый результат достигнут частично», «предполагаемый результат не достигнут».

Установлено, что предполагаемый результат достигнут полностью в 95,86 % случаев, частично – 3,57 %, и не достигнут в 0,57 %. Полученные данные показывают высокую медицинскую эффективность реализованных СЗТ, что в свою очередь говорит о необходимости дальнейшего развития и совершенствовании данного направления. Поэтому следующим шагом в нашем исследовании было выявление и ранжирование факторов, достоверно определяющих реализованные СЗТ по степени достижения предполагаемого результата. Так полное его достижение соответствовало достаточному с точки зрения адекватности сроку лечения в ДС ( $P = 0,0003$ ); исходу лечения при хронических заболеваниях – улучшение ( $P = 0,0006$ ) и выздоровление – при острых заболеваниях ( $P = 0,0006$ ); отсутствию дублирования догоспитального обследования ( $P = 0,0013$ ); отсутствию необоснованно ранней отмены ЛРМ ( $P = 0,0063$ ). В этих случаях врач использовал адекватную МТ и у него не было объективных возможностей для применения более адекватной и более эффективной МТ ( $P = 0,0073$ ). В ДС также отсутствовали объективные возможности для применения в нем более адекватной и более эффективной МТ ( $P = 0,0084$ ). Имеющие место упущения отнесены экспертами к причинам, обусловленным большой нагрузкой на врача ( $P = 0,0006$ ).

Установлено, что частичное достижение предполагаемого результата достоверно сопряжено со следующими ситуациями: длительность госпитализации обоснована, но превышала сроки, установленные для данной клинико-статистической группы ( $P = 0,0000$ ), перед выпиской из ДС, состояние больного не соответствовало стандарту ( $P = 0,0000$ ); частичное дублирование догоспитального обследования ( $P = 0,0000$ ); имевшее место дублирование догоспитального обследования обусловлено особенностями течения основного заболевания у пациента ( $P = 0,0000$ ); как причина необоснованно ранней отмены ЛРМ – неисправность оборудования ( $P = 0,0000$ ); не проведены ЛРМ ( $P =$

0,0000); перед госпитализацией в ДС стационар больному не проведены некоторые диагностические обследования ( $P = 0,0009$ ); наличие необоснованно ранней отмены ЛРМ ( $P = 0,0041$ ); короткий, с точки зрения адекватности срок лечения в ДС ( $P = 0,0230$ ).

Вышеназванная характеристика – «частичное достижение предполагаемого результата» достоверно сопряжена с таким исходом лечения в ДС, как «состояние без перемен» ( $P = 0,0028$ ). Тем не менее лечащий врач не имел объективных возможностей для применения более адекватной и более эффективной МТ ( $P = 0,0146$ ) и в ДС также отсутствовали объективные возможности для применения более эффективной МТ ( $P = 0,0195$ ), а перегруженность ДС явилась причиной допущенных упущений ( $P = 0,0000$ ). В ряде случаев больные отказались от обследования и лечения ( $P = 0,0113$ ). Достоверно установлена также неудовлетворенность пациентов данной когорты продолжительностью лечения в ДС ( $P = 0,0420$ ).

Таким образом, частичное достижение результата наблюдалось в условиях реализации адекватных МТ, однако, имел место целый ряд управляемых факторов, отрицательно влияющих на эффективность СЗТ, что объясняется, негативной медико-социальной позицией пациента.

Характеристика «результат не достигнут» определялась следующими позициями: в связи с прогрессированием заболевания (ухудшением состояния) больной переведен в стационар с круглосуточным пребыванием ( $P = 0,0000$ ); избыточный, с точки зрения адекватности срок лечения в ДС ( $P = 0,0000$ ); недостаточная информированность пациентов о назначенном лечении ( $P = 0,0195$ ); необходимость внесения коррекции в ЛРМ в связи с сопутствующей патологией у пациента ( $P = 0,0204$ ); не проведены ЛРМ ( $P = 0,0283$ ); очередь на госпитализацию в связи с перегруженностью ДС ( $P = 0,0320$ ); не проведено лечение сопутствующих заболеваний ( $P = 0,0384$ ).

Названная характеристика достоверно сопряжена и с таким исходом лечения в ДС, как «ухудшение» ( $P = 0,0114$ ); неудовлетворительными оценками работы ДС в целом ( $P = 0,0114$ ), качества и эффективности лечения ( $P = 0,0170$ ); и медицинского обслуживания ( $P = 0,0227$ ).

Таким образом, СЗТ, в том числе ДС, как самостоятельный вид деятельности являются перспективным направлением развития здравоохранения, так как создаваемые в нем условия позволяют быстро внедрять высоко эффективные МТ, совершенствовать лечебно-диагностический процесс, расширять возможности основного

субъекта здравоохранения – участкового врача-терапевта и (или) врача общей практики. Существенным медико-организационным потенциалом, обеспечивающим оптимизацию СЗТ, является достоверно характеризующие ( $P < 0,05$ ) их атрибуты, значимость которых и возможность последовательности внедрения определяется рейтинг-шкалированием.